



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen ONVZ
Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten
Zaak : Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico, DBC zorgproduct
Zaaknummer : 201402940
Zittingsdatum : 22 april 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.4, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,
tegen

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Bij brief van 17 juli 2014 heeft de zorgverzekeraar bij verzoekster een bedrag van € 469,38 in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 in verband met de door verzoekster genoten medisch specialistische zorg.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Hierbij heeft zij de zorgverzekeraar verzocht het bij haar in rekening gebrachte bedrag van € 469,38 te laten vervallen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 september 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 
- 3.4. Bij brief van 20 januari 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).
- 
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 maart 2015 aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 maart 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 21 april 2015 telefonisch medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.

 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.

 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 22 april 2015 in persoon gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Halverwege 2013 is verzoekster op controle geweest bij haar longarts in verband met astma. Daarvoor is een jaar later een nota aan de zorgverzekeraar gezonden, ter hoogte van € 599,--. Hiervan komt een bedrag van € 469,38 ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico van verzoekster. Verzoekster is van mening dat het gedeclareerde bedrag veel te hoog is, omdat het een controlebezoek betrof. Uit navraag bij het ziekenhuis bleek dat het zelfde bedrag in rekening zou zijn gebracht indien in 2013 meer controlebezoeken hadden plaatsgevonden. Dit heeft te maken met afspraken die tussen de zorgverzekeraar en de zorgverlener zijn gemaakt. Gemiddeld kunnen verzekerden dan weliswaar goedkoper uit zijn, maar in een situatie als de onderhavige is dit niet het geval. Verzoekster is dan ook van mening dat het een en ander in strijd is met de redelijkheid en billijkheid.

 4.2. De zorgverzekeraar dient zijn verzekerden erop te wijzen dat een kleine ingreep dusdanig veel kost. Ook dient hij verzekerden te informeren over de toepasselijke DBC-systematiek. Verzoekster was niet op de onderhavige kosten voorbereid, en ziet zich nu geconfronteerd met een hoge rekening.

 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij zich door handelswijze van de zorgverzekeraar misleid en slecht begeleid voelt. Verzoekster heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico vanwege het premievoordeel. Nu wordt verzoekster geconfronteerd met een hoge nota waar zij niet bedacht op had kunnen zijn.

 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Elke verzekerde in Nederland heeft een wettelijk verplicht eigen risico. In 2013 bedroeg dit € 350,--. Verzoekster heeft daarnaast een vrijwillig eigen risico van € 500,-- gekozen. Dit betekent dat de eerste € 850,-- aan zorgkosten, die ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, voor haar rekening blijft.

 5.2. Het ZBC De Mookerheide heeft de kosten van het consult gedeclareerd door middel van een DBC zorgproduct. Dit is een vorm van declareren die door de overheid is voorgeschreven. De DBC wordt pas aan het eind van de behandeling gesloten en gedeclareerd, dan wel binnen 365 dagen. De DBC's zijn gebaseerd op een gemiddelde van de geleverde zorg en de gemiddelde kosten die voor een bepaalde behandeling worden gemaakt. Niet iedere scan, consult of verpleegdag wordt dus apart in rekening gebracht. In sommige gevallen is de rekening lager dan de werkelijk gemaakte kosten en in andere gevallen hoger. In de polisvoorwaarden is getracht dit zo goed mogelijk aan verzekerden uit te leggen. De zorgverzekeraar meent dan ook dat verzoekster juist en volledig is voorgelicht.

 5.3. In het onderhavige geval heeft het ZBC een DBC geopend op 25 april 2013 en gesloten op 24 april 2014. De kosten van de DBC bedragen € 599,--. Aangezien verzoekster haar eigen risico nog niet had "vol" gemaakt is bij haar een bedrag van € 469,38 in rekening gebracht.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet valt in te zien op welke wijze verzoekster is misleid. Indien verzoekster vragen had over de kosten of het systeem van de DBC's had zij contact op kunnen nemen. Dit heeft zij nagelaten.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van Deel A van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar terecht een bedrag van € 469,38 in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico voor 2013 bij verzoekster in rekening heeft gebracht ter zake van de door haar genoten medisch specialistische zorg.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 26 van Deel B van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van Deel B van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 5 Medisch-specialistische zorg

*lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdgezondheidszorgarts of consultatiebureau-arts, behalve bij onvoorziene behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan een verloskundige ook verwijzen.
(...)"*

8.4. Artikel 2 van Deel B van de zorgverzekering heeft betrekking op het eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"Eigen risico

lid 1 Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 350,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan vermeld in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.

*lid 2 ONVZ brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.
(...)*

*lid 7 Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC of DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct wordt geopend.
(...)"*

8.5. Artikel 1 van Deel A van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"DBC

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omschrijft door een code het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners voor een zorgvraag.

DBC-zorgproduct

De nieuwe naam voor een DBC voor medisch-specialistische zorg. Een DBC-zorgproduct omschrijft door een code het gemiddelde van alle voorkomende onderzoeken en behandelingen voor een zorgvraag over een bepaalde periode."

- 8.6. Artikel 1 van Deel A, en de artikelen 2 en 5 van Deel B zijn volgens artikel 2 van Deel A van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Tussen partijen is in geschil of in het jaar 2013 door de zorgverzekeraar kosten zijn vergoed op grond van de zorgverzekering, op basis waarvan een bedrag van € 469,38 aan verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 bij verzoekster mag worden gevorderd.
- 9.2. De zorgverzekeraar heeft in dit verband verklaard dat het in rekening gebrachte verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 ziet op een behandeling door een longarts in het ZBC De Mookerheide. Door het betreffende ZBC is hiervoor DBC-zorgproduct 100501044 gedeclareerd met als omschrijving: "Astma | Diagnostisch (zwaar)/ Therapeutisch licht | Ademh ond luchtw chron". Tussen partijen is de keuze voor dit zorgproduct niet in geschil, uitsluitend het bijbehorende tarief houdt hen verdeeld. Met betrekking hiertoe geldt het volgende.
- 9.3. De gehanteerde code betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door afspraken tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders. Het tarief dat de zorgverzekeraar voor het betreffende DBC zorgproduct heeft afgesproken, bedraagt volgens opgave van de zorgverzekeraar € 599,--. Genoemd bedrag is dan ook rechtsgeldig door het ZBC in rekening gebracht en de zorgverzekeraar was om die reden gehouden tot vergoeding over te gaan. Gesteld noch gebleken is dat de betreffende kosten zijn uitgesloten van het eigen risico of dat het eigen risico van € 850,-- reeds geheel werd "vol" gemaakt. Verzoekster is derhalve gehouden het bij haar ter zake gevorderde bedrag van € 469,38 te voldoen. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd met betrekking tot de duur van de behandeling en het feit dat zij niet betrokken is geweest bij de tussen de zorgverzekeraar en de zorgverlener gemaakte afspraken, maakt het voorgaande niet anders.

9.4. Door verzoekster is nog aangevoerd dat zij door de zorgverzekeraar nimmer is geïnformeerd over de DBC-systematiek. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie dat in artikel 1 van Deel A van de zorgverzekering het begrip DBC is gedefinieerd. In de definitie staat onder meer vermeld dat een DBC-Zorgproduct het gemiddelde van alle voorkomende onderzoeken en behandelingen voor een zorgvraag over een bepaalde periode omschrijft. Daarnaast is in artikel 2 lid 7 van Deel B van de zorgverzekering bepaald dat voor de verrekening van het eigen risico een DBC of DBC-zorgproduct wordt toegerekend aan het jaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct wordt geopend. Gelet op deze bepalingen kon verzoekster er daarom op bedacht zijn dat de zorg die zij in 2013 in het ZBC heeft genoten, ten laste zou komen van het eigen risico van dat jaar. Dat de zorgverzekeraar verzoekster onvolledig heeft geïnformeerd vermag de commissie zodoende niet in te zien.

9.5. Tot slot heeft verzoekster gesteld dat de DBC-systematiek in haar geval buitengewoon nadelig uitpakt. Toepassing van de in de polisvoorwaarden opgenomen regeling leidt volgens haar tot een uitkomst die, zo begrijpt de commissie de stellingen van verzoekster, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. De commissie overweegt dat de DBC-systematiek is gebaseerd op de Wet marktordening gezondheidszorg. Zowel voor de tarieven die worden vastgesteld als die welke vrij onderhandelbaar zijn geldt dat deze een gemiddelde vormen. Het kan hierdoor inderdaad voorkomen dat een zelfde bedrag in rekening wordt gebracht terwijl de omvang van de verleende medisch specialistische zorg verschilt. Zolang de verleende zorg binnen de bandbreedte van de betreffende DBC of het DBC-zorgproduct valt bestaat hiertegen geen bezwaar en is een en ander een gevolg van de door de wetgever gemaakte keuze. Van een naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbare uitkomst is daarom geen sprake.

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo